



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση της ενημέρωσης φοιτητριών της τριτοβάθμιας  
εκπαίδευσης σχετικά με το εμβόλιο κατά του HPV και  
πληθυσμιακή κάλυψη στον αυτό πληθυσμό»**

---

**ΖΟΥΓΡΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ**  
Νοσηλεύτρια Τ.Ε.

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΓΚΑΡΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ** Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Επιβλέπων Καθηγητής

**ΜΕΣΣΗΝΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ** Λέκτορας Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**ΒΑΝΑΚΑΡΑ ΠΟΛΥΞΕΝΗ** Επιμελήτρια Α΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα 2015**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**“Investigation of tertiary education students’ awareness on the  
HPV vaccine and population coverage in this population”**

**Larisa 2015**

## Περίληψη

Κάθε χρόνο, περίπου 500.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και πάνω από 270.000 πεθαίνουν από την ασθένεια αυτή. Ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ο οποίος μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή είναι το κύριο αίτιο του καρκίνου του τραχήλου. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με κλειστού τύπου ερωτήσεις σχετικές με την πρωτογενή και τη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τον εμβολισμό των συμμετεχόντων. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ενημέρωσης των φοιτητριών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για το εμβόλιο κατά του HPV και για την πληθυσμιακή κάλυψη στον αυτό πληθυσμό. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν, ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι ενήμερη σε γενικές γραμμές για την αιτιολογία και τις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο και η εφαρμογή αυτών των διαγνωστικών μεθόδων στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας είναι πλημμελής, αλλά και οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς και αποσπασματικές. Το 52,2% είχε πραγματοποιήσει τεστ Παπ και το 41,4% είχε εμβολιαστεί έναντι του HPV. Η δεκτικότητα απέναντι στο εμβόλιο ανέρχεται στο 68%, με τη δυσπιστία, το φόβο και την απουσία ενημέρωσης σε ποσοστά από 10-16% να είναι οι λόγοι άρνησης εμβολιασμού. Ο γυναικολόγος και οι συχνές επισκέψεις σε αυτόν αναδεικνύεται σε κομβικό παράγοντα ενημέρωσης και διάδοσης της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης προβληματίζουν για την επάρκεια των γνώσεων, αλλά και για τη διάδοση της πρωτογενούς πρόληψης σχετικά με τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας μεταξύ των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας.

Λέξεις –κλειδιά: Ιός HPV, εμβολιασμός, καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, πρόληψη

## **Abstract**

Each year, approximately 500,000 women are diagnosed with cervical cancer and more than 270,000 die of it. The Human Papilloma Virus (HPV), which is transmitted through sexual intercourse, is the main cause of cervical cancer. The aim of this study thesis is to investigate the awareness of tertiary education students for the HPV vaccine, and the coverage in this population. A self-report questionnaire with closed type questionnaires regarding primary and secondary cervical cancer prevention and vaccination of the participants was used. The findings show that the majority of future health professionals are informed in general on the etiology and prevention capabilities of cervical cancer however; the application of these diagnostic methods to the same health professionals is flawed, their knowledge being incomplete and fragmentary. The 52.2% of the students had undergone Pap smears and 41.4% had been vaccinated against HPV. The receptivity towards vaccine stands at 68%, with distrust, fear and lack of information at rates 10-16% being the major causes for vaccination refusal. The gynecologists and frequent visits to their office are emerging as a key factor for information and dissemination of primary and secondary prevention against cervical cancer. The results of this study raise concerns about the adequacy of knowledge, but also of dissemination of the cervical cancer primary prevention methods among future health professionals.

Key words: HPV, vaccination, cervical cancer, prevention

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	3
Abstract.....	4
Πίνακας Περιεχομένων.....	5
Εισαγωγή .....	6
Κεφάλαιο 1: Βασικοί όροι και αποσαφήνιση αυτών .....	9
1.1 Ο ρόλος της πρόληψης και της ενημέρωσης στην υγεία .....	9
1.2 Ο ιός HPV και οι επιπτώσεις του στην υγεία.....	11
1.2.1 Μολύνσεις του γεννητικού συστήματος από τον HPV.....	12
Κεφάλαιο 2: Το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου και οι τρόποι ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού για το εμβόλιο αυτό.....	15
2.1 Το εμβόλιο κατά του ιού HPV .....	15
2.1.1 Ποια άτομα θα πρέπει να εμβολιάζονται και πότε .....	16
2.2 Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας	17
2.2.1 Πρόληψη.....	17
2.2.2 Η έγκαιρη ανίχνευση μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου.....	18
2.2.3 Πρόληψη και διαχείριση άλλων καρκίνων σχετιζόμενων με τον HPV .....	21
2.2.4 Πρόληψη και διαχείριση των κονδυλωμάτων .....	21
2.2.5 Πρόληψη και διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας .....	22
3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	24
3.1 Σκοπός.....	24
3.2 Διαδικασία, εργαλείο και δείγμα της έρευνας.....	24
3.3 Στατιστική ανάλυση.....	25
4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	26
5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	40
Βιβλιογραφία.....	44

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας επηρεάζει σημαντικά τον τράχηλο. Αυτός ο καρκίνος προκαλείται από τον ιό των ανθρωπίνων θηλωμάτων, ιός HPV, ο οποίος μεταδίδεται από το ένα άτομο στο άλλο κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Υπάρχουν πάνω από 100 τύποι του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων, αλλά μόνο 13 από αυτούς είναι γνωστό ότι προκαλούν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Ο ιός εισέρχεται στα επιφανειακά κύτταρα του τραχήλου της μήτρας, όπου μπορεί να μείνει για πολλά χρόνια χωρίς να προκαλέσει βλάβη. Στη συνέχεια, και για κανέναν προφανή λόγο, μπορεί να αρχίσει να προκαλεί ζημιά σε αυτά τα κύτταρα. Εάν οι αλλαγές αυτές ανιχνευθούν αρκετά νωρίς, τότε το άτομο μπορεί να θεραπευτεί έτσι ώστε να αποφύγει τον κίνδυνο εμφάνισης και ανάπτυξης καρκίνου. Εάν όμως ο ιός παραμείνει χωρίς θεραπεία, τότε μπορεί να αναπτυχθεί μια μορφή καρκίνου που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές ασθένειες και ακόμα και σε θάνατο (Chelimo, Wouldes, Cameron, & Elwood, 2013). Το εμβόλιο κατά του ιού HPV μπορεί να προστατεύσει τα νεαρά κορίτσια και τις γυναίκες από τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Οι επιστήμονες θεωρούν πως στο μέλλον, μπορεί να υπάρξει ένα εμβόλιο που να προστατεύει και από τους άλλους τύπους του ιού που προκαλούν καρκίνο του τραχήλου (Szarewski, 2012).

Ο ιός HPV είναι ένας ιός αρκετά συχνός και μεταδίδεται εύκολα με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Υπολογίζεται ότι το ήμισυ του πληθυσμού παγκοσμίως θα μολυνθεί κάποια στιγμή στη ζωή του από τον ιό αυτό. Αν και τα περισσότερα κορίτσια δεν ξεκινούν να έχουν σεξουαλικές επαφές πριν από τα 16 τους χρόνια, ωστόσο είναι σημαντικό να εμβολιάζονται και να ενημερώνονται αρκετά νωρίς. Μια καλή στιγμή θεωρείται η περίοδος των πρώτων χρόνων της εφηβείας τους ή τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσής τους, όπου θα πρέπει αφενός να ενημερώνονται για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και να εμβολιάζονται για να προστατευθούν στο μέλλον (Bosch, et al., 2013). Αυτό το εμβόλιο προστατεύει από τους δύο τύπους του ιού που προκαλούν πάνω από το 70% των περιπτώσεων εμφάνισης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Το εμβόλιο δεν παρέχει προστασία ενάντια σε όλους τους άλλους τύπους που προκαλούν καρκίνο, γι' αυτό είναι ζωτικής σημασίας οι γυναίκες να εξακολουθούν να πηγαίνουν για τις συνήθεις γυναικολογικές τους εξετάσεις (τεστ Παπανικολάου, γυναικολογικό έλεγχο, υπέρηχο κ.ά.) καθώς μεγαλώνουν. Το εμβόλιο προστατεύει επίσης έναντι των δύο τύπων του ιού HPV που προκαλούν περίπου το 90% των

περιπτώσεων των γεννητικών κονδυλωμάτων. Δεν προστατεύει όμως από άλλες λοιμώξεις που μπορεί να μεταδοθούν κατά τη διάρκεια του σεξ, όπως για παράδειγμα τα χλαμύδια, ούτε αποτρέπουν μια γυναίκα από το να μείνει έγκυος (Hariri, Markowitz, Dunne, & Unger, 2013).

Κάθε χρόνο, περίπου 500.000 γυναίκες διαγιγνώσκονται με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και πάνω από 270.000 πεθαίνουν από την ασθένεια αυτή. Περισσότερο από το 80% των θανάτων συμβαίνουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σχεδόν όλες οι περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας προκαλούνται από ογκογόνους τύπους του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV). Ο εμβολιασμός κατά του ιού HPV θεωρήθηκε ως ένα επαναστατικό και σχετικά νέο εργαλείο και μια μέθοδος καταπολέμησής του, ιδιαίτερα για τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο αποτελεσματικός και συστηματικός έλεγχος ήταν δύσκολο να τεθεί σε εφαρμογή. Επί του παρόντος, δύο εμβόλια κατά του HPV έχουν εγκριθεί και είναι διαθέσιμα για χρήση σε περισσότερες από 100 χώρες. Και τα δύο εμβόλια είναι προληπτικά και όχι θεραπευτικά για την λοίμωξη από τον HPV ή ασθένειες που σχετίζονται με αυτόν. Ως εκ τούτου, το εμβόλιο κατά του HPV είναι πιο χρήσιμο όταν χορηγείται σε κορίτσια και γυναίκες πριν εκείνες μολυνθούν από τον ιό (Kesic, Poljak, & Rogovskaya, 2012).

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση, τον εντοπισμό, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση που έχουν οι φοιτήτριες της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης απέναντι στην ενημέρωση για το εμβόλιο κατά του HPV και στο εάν τελικά υφίσταται σήμερα πληθυσμιακή κάλυψη σε αυτόν τον πληθυσμό. Μέσα από την εργασία αυτή επιδιώκεται να αναδειχθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των φοιτητριών για την διαδικασία της ενημέρωσης και του εμβολιασμού κατά του ιού καθώς και ο τρόπος με τον οποίο οι φορείς της δημόσιας υγείας αντιμετωπίζουν το φαινόμενο αυτό. Περαιτέρω, η εν λόγω έρευνα αποσκοπεί στο να αναδείξει την πραγματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης και το κατά πόσο οι φορείς είναι σε θέση σήμερα να ανταπεξέρθουν στις προκλήσεις και στα ζητήματα που υφίστανται όσον αφορά το θέμα της πρόληψης, ενημέρωσης, καταστολής και αντιμετώπισης του ιού HPV.

Για το σκοπό αυτό βασικά ερευνητικά ερωτήματα έχουν διατυπωθεί. Τα ερωτήματα αυτά είναι:

1. Υπάρχει στις μέρες μας επαρκής ενημέρωση και πρόληψη για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων;
2. Στην χώρα μας η ενημέρωση για το εμβόλιο κατά του HPV με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό γίνεται;

3. Ποιες μέθοδοι χρησιμοποιούνται σήμερα για την κάλυψη του γυναικείου πληθυσμού και σε ποιο βαθμό αυτές επιτυγχάνουν;



# Κεφάλαιο 1: Βασικοί όροι και αποσαφήνιση αυτών

## 1.1 Ο ρόλος της πρόληψης και της ενημέρωσης στην υγεία

Η προληπτική ιατρική είναι ο τομέας της ιατρικής που επικεντρώνεται στην υγεία των ατόμων, των κοινοτήτων και των πληθυσμών. Στόχος της είναι η προστασία, η προώθηση, η διατήρηση της υγείας και της ευημερίας και πρόληψης των ασθενειών, της αναπηρίας και του θανάτου. Η προληπτική ιατρική εκφράζει την προσπάθεια των επιστημόνων της υγείας να αποτρέψουν και να προλάβουν την εμφάνιση νόσων και ασθενειών και τις συνέπειες αυτών για τον άνθρωπο, τη κοινότητα και το περιβάλλον μέσα από προγράμματα προαγωγής της υγείας (Maeshiro, et al., 2010).

Όσο το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο ενός κράτους αυξάνεται τόσο πιο πρόσφορο καθίσταται το έδαφος για να αναπτυχθεί η πρόληψη και η ενημέρωση σε σχέση με τα μέσα που προσφέρει η ανεπτυγμένη υποδομή της τεχνολογίας. Οι κατευθύνσεις και οι δράσεις της πρόληψης και της ενημέρωσης έχουν μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της αύξησης του βιοτικού επιπέδου και της καταστολής και του ελέγχου των λοιμώξεων. Ένα σύστημα υγείας που προωθεί την πρόληψη και την ενημέρωση οφείλει να γνωρίζει και να αξιολογεί τις πληθυσμιακές ανάγκες που υφίστανται, να αναγνωρίζει και να μην υποτιμά τη διεθνή εμπειρία και τα δεδομένα της επιδημιολογίας, να φροντίζει για την ισορροπία μεταξύ προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής, να φροντίζει για την δίκαιη κατανομή των πόρων και να εξασφαλίζει την ίση και καθολική πρόσβαση του πολίτη στην υγειονομική περίθαλψη (Κομματάς, Παπανότη, Γκολφινόπουλος, & Ανδριώτη, 2008).

Η προληπτική ιατρική είναι περισσότερο μια δυναμική διαδικασία, η οποία περικλείει τρία στάδια: α) την πρωτογενή πρόληψη που αποσκοπεί στην ελάττωση των επιπτώσεων μιας ασθένειας ή νόσου στον πληθυσμό, β) την δευτερογενή πρόληψη που φροντίζει για την μείωση της εμφάνισης και εξάπλωσης μιας ασθένειας στον πληθυσμό (πρώιμη διάγνωση και θεραπεία) και γ) την τριτογενή πρόληψη που αποσκοπεί στην μείωση της εμφάνισης και εξάπλωσης της χρόνιας αναπηρίας στον πληθυσμό παρέχοντας προγράμματα για την επανένταξη και την αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού (Brenner & Siu, 2009).

Στη σύγχρονη εποχή, περισσότερο από ποτέ, το σύνολο των γιατρών και σχεδόν

όλοι όσοι ασχολούνται με τον υγειονομικό κλάδο στοχεύουν στην πρόληψη και ενημέρωση του πληθυσμού. Το τι πρέπει κάθε φορά να αποτραπεί εξαρτάται από τις εκάστοτε συνθήκες και τη θέση του ατόμου σχετικά με το φάσμα που εκτείνεται από την υγεία ως την ασθένεια. Η πρωτογενής πρόληψη αποτρέπει την εμφάνιση και καθιέρωση της νόσου με την εξάλειψη των αιτιών της ασθένειας ή αυξάνοντας την αντίσταση κατά αυτής. Η δευτερογενής πρόληψη διακόπτει τη διαδικασία της νόσου προτού εκείνη γίνει συμπτωματική. Η τριτογενής πρόληψη περιορίζει τις φυσικές και κοινωνικές συνέπειες της συμπτωματικής νόσου (Foster, et al., 2008).

Δυστυχώς για την ελληνική κοινωνία η σημασία και η έννοια της πρόληψης και της ενημέρωσης εξακολουθεί να είναι άγνωστη στους περισσότερους και η προληπτική ιατρική δεν είναι άμεση προτεραιότητα τόσο για τους φορείς και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τους απλούς πολίτες. Η επιτακτική ανάγκη για άμεση παρέμβαση σε όλες τις βαθμίδες παροχής υγείας και η χρήση και εκμετάλλευση των επιτευγμάτων της πρωτοβάθμιας πρόληψης είναι κάτι περισσότερο από εμφανές. Μικρότερος αριθμός ασθενών συνεπάγεται και μικρότερη κατανάλωση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων και υγειονομικών υπηρεσιών και συνεπώς λιγότερες ασφαλιστικές δαπάνες. Καλύπτει δε πλήρως την οιαδήποτε προκύπτουσα δυσκολία και αντίδραση στην υιοθέτηση των ενδεδειγμένων μέτρων από τους πολίτες και την κοινωνία ευρύτερα, αλλά προεπιβάλλει ορθή πληροφόρηση και σωστή σύμπραξη των φορέων της υγείας, της διοίκησης και της οργάνωσης (Ζδούκος, 2008).

Στον τομέα της υγείας η σημασία της προληπτικής ιατρικής είναι καθοριστικής σημασίας αφού ακόμα και η πιο εξελιγμένη και κατάλληλη θεραπεία δεν μπορεί να συγκριθεί με την πρόληψη. Παρόλα αυτά η υιοθέτησή της ακόμα και σήμερα θεωρείται δύσκολη και αυτό γιατί η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως βασική της προϋπόθεση την διαφοροποίηση της συμπεριφοράς και της νοοτροπίας του ατόμου (μέσα και από την ενημέρωση) και κατά συνέπεια και του τρόπου ζωής αυτού. Αλλάζοντας το άτομο τον τρόπο ζωής του, αφήνοντας πίσω του τις κακές συνήθειες, που μέχρι τώρα είχε, και υιοθετώντας μια νέα στάση και συμπεριφορά θα είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες και τις γνώσεις της σύγχρονης ιατρικής έτσι ώστε να έχει τη δυνατότητα όχι μόνο να βελτιώσει και να διατηρήσει την υγεία του αλλά και να την επανακτήσει αν αυτή κάποια στιγμή αποσταθεροποιηθεί (Brenner & Siu, 2009).

## 1.2 Ο ιός HPV και οι επιπτώσεις του στην υγεία

Ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) είναι κατ' ουσία μια ομάδα ιών που περιλαμβάνει περισσότερα από 100 διαφορετικά είδη. Περισσότεροι από σαράντα από αυτούς τους ιούς μολύνουν την περιοχή των γεννητικών οργάνων, συμπεριλαμβανομένων του δέρματος του πέους, του αιδοίου, ή του πρωκτού και την περιοχή του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Μερικοί από αυτούς τους ιούς χαρακτηρίζονται ως «υψηλού κινδύνου» γιατί μπορούν να προκαλέσουν ανωμαλίες στο τεστ Παπανικολάου και μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του κόλπου, του πρωκτού και του πέους. Άλλοι χαρακτηρίζονται ως «χαμηλού κινδύνου» και μπορούν επίσης να προκαλέσουν ανωμαλίες στο τεστ Παπανικολάου και ήπια κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων (Trottier & Franco, 2006).

Ο HPV μεταδίδεται μέσω της επαφής με μολυσμένο δέρμα και συνήθως μέσω της σεξουαλικής επαφής. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν μολυνθεί δεν έχουν συμπτώματα και δεν γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένοι και μπορούν να μεταδώσουν τον ιό σε ένα σεξουαλικό τους σύντροφο. Αξίζει να σημειωθεί ότι σπάνια, μια έγκυος γυναίκα μεταδίδει τον ιό HPV στο μωρό της κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού (Moscicki, et al., 2006).

Οι περισσότεροι άνθρωποι που μολύνονται από τον ιό HPV δεν έχουν συμπτώματα. Μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν ορατά κονδυλώματα στα γεννητικά όργανα, ή έχουν προκαρκινικές αλλοιώσεις του τραχήλου της μήτρας, του αιδοίου, του πρωκτού, του πέους. Τα κονδυλώματα εμφανίζονται μετά τη σεξουαλική επαφή με ένα μολυσμένο άτομο, μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες ή και καθόλου (Stanley, 2006).

Οι περισσότερες λοιμώξεις από τον ιό HPV τελικά υποχωρούν, καθώς το σύστημα άμυνας του οργανισμού τους εξουδετερώνει. Οι γυναίκες με βραχυπρόθεσμες λοιμώξεις από τον ιό HPV μπορεί να αναπτύξουν ήπιες ανωμαλίες στο Παπ τεστ, που υποχωρούν με το καιρό. Ένα μικρό ποσοστό των ανθρώπων που μολύνονται με τον ιό HPV αναπτύσσουν επίμονες (χρόνιες) λοιμώξεις. Οι γυναίκες με επίμονες λοιμώξεις υψηλού κινδύνου από τον ιό HPV διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη προκαρκινικών αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας (μη φυσιολογικά κύτταρα στα τοιχώματα του τραχήλου της μήτρας) και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Winer, et al., 2003).

Ο ιός HPV είναι μια καθαρά βλεννογόνης λοίμωξη. Περίπου το ήμισυ των γυναικών που έχουν προσβληθεί από τον ιό HPV αναπτύσσουν ανιχνεύσιμα αντισώματα, αλλά αυτά

τα αντισώματα δεν προστατεύουν απαραίτητα από επακόλουθες μολύνσεις. Οι περισσότερες λοιμώξεις ωστόσο εξαφανίζονται μέσα σε 1-2 χρόνια. Οι λοιμώξεις από τον ιό HPV που δεν καταστρέφονται από το ανοσοποιητικό σύστημα και επιμένουν μπορούν να οδηγήσουν σε νεοπλασματικές αλλοιώσεις.

Η άμεση ανταπόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος σε μια μόλυνση από τον ιό HPV δεν έχει κατανοηθεί πλήρως για διάφορους λόγους:

- Οι μολύνσεις από τον ιό HPV περιορίζονται στο ενδο-επιθήλιο στρώμα.
- Τα επίπεδα των αντισωμάτων είναι γενικά χαμηλά.
- Οι μολύνσεις των γεννητικού συστήματος από τον ιό HPV δεν εκκινούν μια ισχυρή ανοσολογική απόκριση, διότι δεν είναι κυτταρολυτικές και δεν προκαλούν τοπικές φλεγμονές (Bosch, et al., 2013).

### **1.2.1 Μολύνσεις του γεννητικού συστήματος από τον HPV**

- Οι λοιμώξεις των γεννητικών οργάνων από τον HPV μεταδίδονται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή, ειδικά τη διεισδυτική σεξουαλική επαφή.
- Η συχνότητα εμφάνισης του HPV αυξάνεται με την ηλικία, καθώς τα περισσότερα μέλη ενός πληθυσμού ξεκινούν να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα σε μεγαλύτερες ηλικίες.
- Εθνικές και κοινωνικοοικονομικές διαφορές επηρεάζουν τον καθορισμό της ηλικίας των ανθρώπων με HPV και αυτό οφείλεται εν μέρει στις διακυμάνσεις των σεξουαλικών συμπεριφορών.
- Οι παράγοντες κινδύνου για τη μετάδοση και την απόκτηση μολύνσεων από τον HPV είναι η συνεύρεση με πολλαπλούς συντρόφους, η έλλειψη της χρήσης προφυλακτικού, το κάπνισμα, και η μόλυνση από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ), συμπεριλαμβανομένου και του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) (Munoz, et al., 2004).

Η μόλυνση από τον ιό HPV μεταδίδεται κυρίως μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ο HPV μεταδίδεται πιο αποτελεσματικά με τη διεισδυτική σεξουαλική επαφή, αλλά μπορεί επίσης να μεταδοθεί από μη-διεισδυτική επαφή, συμπεριλαμβανομένων του στόματος, των

γεννητικών οργάνων και από τη γενετήσια επαφή με τα γεννητικά όργανα. Ο κίνδυνος μόλυνσης είναι υψηλότερος στην έναρξη της διεισδυτικής σεξουαλικής επαφής. Η λοίμωξη που προκαλείται από τον HPV είναι ιδιαίτερα μεταδοτική, και οι πιο σεξουαλικά ενεργοί άνδρες και γυναίκες θα αποκτήσουν λοίμωξη του HPV κάποια στιγμή στη ζωή τους. Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό θα αναπτύξει την ασθένεια που σχετίζονται με το ιό HPV (Clifford, Goncalves, & Franceschi, 2006).

Στις περισσότερες χώρες, ο επιπολασμός του HPV είναι υψηλότερος μεταξύ των γυναικών στις αρχές της δεύτερης δεκαετίας της ζωής τους, επειδή τότε είναι η εποχή που οι περισσότερες γυναίκες ξεκινάνε τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Ο επιπολασμός μειώνεται καθώς οι γυναίκες μεγαλώνουν. Το Κέντρο Πληροφόρησης του Π.Ο.Υ. για τον ιό HPV και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας παρέχει παγκόσμια, εθνικά και ειδικά για κάθε χώρα στοιχεία για τον επιπολασμό του HPV, για τη σεξουαλική συμπεριφορά, συμπεριλαμβανομένης της μέσης ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας και τον αριθμό των σεξουαλικών συντρόφων ανά ηλικία αλλά και άλλα χαρακτηριστικά (Winer, et al., 2006). Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η σεξουαλική δραστηριότητα ξεκινά κατά την εφηβεία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των εφήβων γυναικών όσον αφορά το προγαμιαίο σεξ και την ηλικία της πρώτης σεξουαλικής δραστηριότητας. Σε μια μελέτη 10 χωρών, τα ποσοστά του προγαμιαίου σεξ ήταν υψηλότερα σε χώρες της υποσαχάριας Αφρικής σε σχέση με τις χώρες της Λατινικής Αμερικής ή της Καραϊβικής. Σε πολλές περιοχές, η μέση ηλικία κατά την οποία πραγματοποιείται η πρώτη σεξουαλική επαφή έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια, μια τάση που έχει επιπτώσεις για τα προγράμματα που στοχεύουν στον εμβολιασμό κατά του ιού HPV για τους νέους πριν αρχίσουν τη σεξουαλική τους δραστηριότητα (Doorbar, Quint, Banks, et al., 2012). Συμπερασματικά θα μπορούσε κανείς να πει πως:

- Οι ασθένειες που σχετίζονται με τις λοιμώξεις του HPV περιλαμβάνουν προκαρκίνους ή καρκίνους του τραχήλου της μήτρας, του κόλπου, του αιδοίου, του πέους και του πρωκτού, του κεφαλιού και του λαιμού, κονδυλώματα και υποτροπιάζουσα θηλωμάτωση του αναπνευστικού.
- Από το σύνολο των καρκίνων σε όλο τον κόσμο πιστεύεται ότι οι περισσότεροι καρκίνοι οφείλονται στον ιό HPV από τον οποίο οι γυναίκες επηρεάζονται σε ποσοστό άνω του 90% και το 80% από αυτό το ποσοστό βρίσκεται στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι η πιο κοινή επιπλοκή του ιού HPV.

- Οι τύποι HPV 16 και 18 είναι υψηλού κινδύνου και είναι υπεύθυνοι για τη πλειονότητα των σχετιζόμενων με τον ιό HPV κακοηθών νόσων.
- Οι τύποι HPV 6 και 11 είναι χαμηλού κινδύνου και είναι υπεύθυνοι για τη πλειονότητα των γεννητικών κονδυλωμάτων και υποτροπιάζουσών θηλωματώσεων του αναπνευστικού.
- Δεδομένα σχετικά με τις ασθένειες που σχετίζονται με τον HPV είναι διαθέσιμα για όλες τις περιοχές και για πολλές χώρες (Moscicki, Schiffman, Burchel, et al., 2012).

## **Κεφάλαιο 2: Το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου και οι τρόποι ενημέρωσης του ελληνικού πληθυσμού για το εμβόλιο αυτό**

### **2.1 Το εμβόλιο κατά του ιού HPV**

Το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου είναι ένα εμβόλιο που μπορεί να χορηγηθεί για την πρόληψη του ιού HPV. Αυτό το εμβόλιο μπορεί να αποτρέψει τις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες, εφόσον γίνει πριν από την έκθεση στον ιό. Επιπλέον, μπορεί να αποτρέψει το καρκίνο του κόλπου και του αιδοίου στις γυναίκες, τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων και τον καρκίνο του πρωκτού τόσο στις γυναίκες όσο και στους άντρες. Η προστασία που παρέχει το εμβόλιο είναι μακράς διάρκειας. Αλλά ο εμβολιασμός δεν αποτελεί υποκατάστατο του προσυμπτωματικού ελέγχου του τραχήλου της μήτρας για καρκίνο. Οι γυναίκες θα πρέπει ακόμα να υποβάλλονται τακτικά σε τεστ Παπανικολάου (De Vuyst & Franceschi, 2007).

Το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου συνιστάται για κορίτσια ηλικίας 13 έως 26 ετών τα οποία δεν έχουν ακόμα εμβολιαστεί. Δύο εμβόλια, το Cervarix και το Gardasil, είναι διαθέσιμα για να αποτρέψουν τους τύπους του HPV που προκαλούν τους περισσότερους καρκίνους του τραχήλου της μήτρας και του πρωκτού. Το Gardasil, αποτρέπει επίσης τα κρούσματα καρκίνου του αιδοίου και του κόλπου στις γυναίκες και τα κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών. Και τα δύο εμβόλια χορηγούνται σε 3 δόσεις και η διάρκεια της θεραπείας είναι 6 μηνών (Davies, Bogdanovic-Guillion, Grce, & Sancho-Garnier, 2007).

Και για τα δύο εμβόλια κατά του ιού του HPV έχουν γίνει μελέτες σε δεκάδες χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Περισσότερες από 57 εκατομμύρια δόσεις έχουν διανεμηθεί μέχρι σήμερα και δεν υπήρξαν μέχρι τώρα σοβαρές ανησυχίες για την ασφάλεια τους. Η ασφάλεια των εμβολίων εξακολουθεί να ελέγχεται από τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων και τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων. Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν αναφερθεί είναι ήπιες. Αυτές περιλαμβάνουν: πόνο, στο σημείο που έγινε η ένεση (συνήθως στο χέρι), πυρετό, ζάλη και ναυτία (Garland, Hernandez-Avila, Wheeler, & Perez, 2007).

### **2.1.1 Ποια άτομα θα πρέπει να εμβολιάζονται και πότε**

Το εμβόλιο κατά του HPV χορηγείται σε τρεις δόσεις:

- Πρώτη δόση: Σήμερα
- Δεύτερη δόση: 1 έως 2 μήνες μετά τη πρώτη δόση
- Τρίτη δόση: 6 μήνες μετά τη πρώτη δόση - πρόσθετες δόσεις δεν συνιστώνται

Αυτό το εμβόλιο κατά του HPV συνιστάται να χορηγείται σε κορίτσια 12 ή 13 ετών. Μπορεί ωστόσο να χορηγηθεί και από την ηλικία των 9 ετών. Ο λόγος που συνίσταται σε τόσο μικρές ηλικίες είναι γιατί ο ιός HPV αποτελεί λοίμωξη που εύκολα αποκτάται, ακόμη και με μόνο έναν σεξουαλικό σύντροφο. Γι 'αυτό είναι σημαντικό το άτομο να εμβολιαστεί πριν πάρει μέρος σε οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή. Επίσης, η απόκριση στο εμβόλιο είναι καλύτερη σε αυτή την ηλικία από ότι σε μεγαλύτερες ηλικίες, χωρίς αυτό να σημαίνει ωστόσο πως δεν ενδείκνυται και για άτομα έως 26 ετών (Garland, Hernandez-Avila, Wheeler, & Perez, 2007; Moscicki, 2008).



## 2.2 Πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

### 2.2.1 Πρόληψη

Ο Π.Ο.Υ συνιστά ότι η πρωτογενής πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την ευαισθητοποίηση και άλλες τοπικές κατάλληλες στρατηγικές για την προώθηση συμπεριφορών που μειώνουν τον κίνδυνο της έκθεσης στον ιό HPV. Τέτοιες συμπεριφορές περιλαμβάνουν την καθυστέρηση της έναρξης της σεξουαλικής δραστηριότητας, τη μείωση του αριθμού των ερωτικών συντρόφων, την αποφυγή συντρόφων που έχουν πολλαπλούς συντρόφους και τη χρήση προφυλακτικών. Οι συστάσεις αυτές υποστηρίζονται από στοιχεία που δείχνουν ότι η συνεπής και σωστή χρήση του προφυλακτικού από τον αρσενικό σύντροφο σπεύδει στην κάθαρση του ιού HPV σε άνδρες και γυναίκες, αυξάνει την υποχώρηση των αλλοιώσεων του τραχήλου της μήτρας και μειώνει τον κίνδυνο προκαρκίνου και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (Dempsey & Schaffer, 2011). Η χρήση προφυλακτικού εμποδίζει επίσης τη μόλυνση από άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (ΣΜΝ) και ιδιαίτερα την μόλυνση από:

- Τον μεταδιδόμενο μικροοργανισμό *Chlamydia trachomatis* και τον ιό του απλού έρπητα τύπου 2 (HSV-2), οι οποίοι είναι δυνατόν να αποτελούν συμπαράγοντες για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας
- Τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), ο οποίος αυξάνει την πιθανότητα απόκτησης του ιού HPV τύπου "υψηλού κινδύνου", την επιμονή του HPV και την εξέλιξη του σε υψηλού βαθμού τραχηλικούς προκαρκίνους (Clifford, Goncalves, & Franceschi, 2006).

Ο Π.Ο.Υ προτείνει επίσης την αναζήτηση κατάλληλης θεραπείας για συμπτώματα από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα που μπορεί να διευκολύνουν την ανάπτυξη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, και την αποφυγή ή τη μείωση της χρήσης καπνού, που είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Moscicki, Schiffman, Burchel, et al., 2012).

### 2.2.2 Η έγκαιρη ανίχνευση μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου

Τα προγράμματα πρόληψης για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας θα πρέπει να περιλαμβάνουν τόσο την ενημέρωση όσο και την εκπαίδευση (τόσο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσο και για τον πληθυσμό και ιδιαίτερα τον γυναικείο) που τονίζουν τα οφέλη του προσυμπτωματικού ελέγχου, τις ηλικίες που κορυφώνεται η εμφάνιση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας καθώς και τα σημεία και συμπτώματα των προκαρκινικών αλλοιώσεων και της διεισδυτικής νόσου. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος στοχεύει στην ανίχνευση των προκαρκινικών αλλαγών, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο εάν δεν αντιμετωπιστούν. Ο έλεγχος είναι αποτελεσματικός μόνο αν υπάρχει ένα καλά οργανωμένο σύστημα για την παρακολούθηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία (Doorbar, Quint, Banks, et al., 2012). Ο Π.Ο.Υ. προτείνει συγκεκριμένες ηλικίες και συχνότητα των κυτταρολογικών εξετάσεων. Βάσει των προτάσεών του τα νέα προγράμματα θα πρέπει:

- Να ξεκινούν τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών στην ηλικία των 20 ετών και άνω και θα πρέπει να επιλέγουν μόνο τις νεότερες γυναίκες, όταν οι ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας καλύπτονται από επαρκή έλεγχο από άλλες πηγές.
- Στα υπάρχοντα προγράμματα δεν θα πρέπει να γίνεται έλεγχος των γυναικών κάτω των 20 ετών.
- Η καλύτερη ηλικία ελέγχου και κυτταρολογικών εξετάσεων για μια γυναίκα θεωρείται το διάστημα μεταξύ 35 και 45 χρόνων.
- Η ετήσια εξέταση δεν συνιστάται σε οποιαδήποτε ηλικία.
- Ο έλεγχος δεν είναι απαραίτητος για τις γυναίκες άνω των 65 ετών, με την προϋπόθεση ότι τα δύο τελευταία αποτελέσματα των κυτταρολογικών τους εξετάσεων ήταν αρνητικά για την ύπαρξη του ιού του HPV (Moscicki, Schiffman, Burchel, et al., 2012).

Ο τακτικός προσυμπτωματικός έλεγχος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από τον HIV, επειδή βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αποκτήσουν ογκογόνους τύπους του HPV, και, από τη στιγμή που έχουν μολυνθεί από τον ιό HPV, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για την ταχεία εξέλιξη προκαρκινικών αλλοιώσεων και καρκίνου (Maeshiro, et al., 2010).

Η κυτταρολογική εξέταση του τραχήλου, ή αλλιώς το τεστ Παπανικολάου (Παπ), υπήρξε ο ακρογωνιαίος λίθος του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εδώ και δεκαετίες. Οι περισσότερες των περιπτώσεων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και οι θάνατοι μπορούν να αποφευχθούν μέσω της κυτταρολογικής εξέτασης που ακολουθείται από κατάλληλη διάγνωση και θεραπεία. Αυτό έχει ήδη αποδειχθεί για χώρες με καλά οργανωμένα προγράμματα προληπτικού ελέγχου ή εκτεταμένου προσυμπτωματικού ελέγχου με την αποτελεσματική παρακολούθηση των ασθενών με μη φυσιολογικά ή οριακά επιχρίσματα και τις σωστές διαδικασίες ποιοτικού ελέγχου και υψηλής υγειονομικής κάλυψης (Stanley, 2006).

Στις περισσότερες χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι επιπτώσεις του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και η θνησιμότητα δεν έχουν μειωθεί σημαντικά από τον κυτταρικό έλεγχο και την έγκαιρη θεραπεία, λόγω των εμποδίων για τη δημιουργία και τη διατήρηση των στρατηγικών πρόληψης και ενημέρωσης. Τα εμπόδια αυτά περιλαμβάνουν:

- Την έλλειψη κλινικού προσωπικού και κυτταροτεχνικών και κυτταρολόγων
- Την ανεπαρκή κάλυψη ή την ποιότητα των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου ή και τα δύο
- Την έλλειψη άμεσης παρακολούθησης της μη φυσιολογικής κυτταρολογικής εικόνας και τη διάγνωση και θεραπεία της (Doorbar, Quint, Banks, et al., 2012)

Άλλα εμπόδια περιλαμβάνουν την ανάγκη για πολλές επισκέψεις και περίθαλψη υγειονομικού χαρακτήρα και πολλαπλές διαδικασίες, την ανάγκη να διανύουν οι ασθενείς μεγάλες αποστάσεις για να μεταβούν σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, την ανεπάρκεια/έλλειψη που υπάρχει σε προσωπικό με τις απαραίτητες τεχνικές δεξιότητες, την έλλειψη εξειδικευμένου εξοπλισμού, τις ανταγωνιστικές προτεραιότητες του τομέα της υγείας και τους ανεπαρκείς προϋπολογισμούς για την υγεία. Μια μελέτη του 2006 αναφέρει ότι περίπου το 75% των γυναικών στις αναπτυσσόμενες χώρες εξετάστηκαν για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας κατά τα τελευταία 5 χρόνια, σε σύγκριση με λιγότερο από 5% στις αναπτυσσόμενες χώρες (Winer, et al., 2006). Για παράδειγμα, οι περισσότερες χώρες της Ανατολικής και Νότιας Αφρικής έχουν υψηλή συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και στερούνται ή έχουν περιορισμένη πρόσβαση στο αναγκαίο για αυτές προσωπικό (π.χ. κυτταροτεχνικούς, παθολόγους, γυναικολόγους), εξοπλισμό (π.χ. εξοπλισμό κολποσκόπησης) και εγκαταστάσεις (π.χ. εξέταση σε δωμάτια πλήρως

εξοπλισμένα για πυελική εξέταση, κυτταρολογικά και ιστολογικά εργαστήρια). Με την κακή πρόσβαση στον προσυμπτωματικό έλεγχο και την παρακολούθηση, ο διηθητικός καρκίνος ανιχνεύεται συχνά πολύ αργά για να θεραπευτεί. Οι προκλήσεις αυτές έχουν ωθήσει τον Π.Ο.Υ. να προτείνει την οπτική επιθεώρηση/έλεγχο του τραχήλου της μήτρας ως δυνητικά πιο εφικτή εναλλακτική λύση από την κυτταρολογική εξέταση για τις αναπτυσσόμενες χώρες με ανεπαρκή προϋπολογισμό και τα τεστ HPV DNA, εάν αυτά γίνουν διαθέσιμα, εφικτά και οικονομικά προσιτά στο μέλλον (Maeshiro, et al., 2010).

Ο οπτικός έλεγχος περιλαμβάνει τη χρήση φωτισμού για να εξετάσει τον τράχηλο με γυμνό μάτι μετά την εφαρμογή ενός αραιού οξικού οξέος (οπτική επιθεώρηση με οξικό οξύ) ή διάλυμα ιωδίου. Οι λευκές ή κίτρινες περιοχές υποδεικνύουν τον κίνδυνο καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και φανερώνουν τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία. Η μέθοδος αυτή είναι σχετικά φθηνή, μπορεί να διεξαχθεί με στοιχειώδες ιατρικό προσωπικό, απαιτεί μόνο μέτριο εξοπλισμό και ευρέως διαθέσιμα αναλώσιμα και δεν απαιτεί εργαστηριακή υποδομή. Παρέχει επίσης άμεσα αποτελέσματα, καθιστώντας δυνατή την θεραπεία τραχηλικών αλλοιώσεων στην ίδια επίσκεψη (Munoz, 2004). Ο Π.Ο.Υ. συνιστά επί του παρόντος μεθόδους οπτικού ελέγχου σε πιλοτικά έργα ή σε άλλες διαδικασίες οι οποίες παρακολουθούνται στενά. Ο Π.Ο.Υ. σχεδιάζει να αναθεωρήσει τις προτάσεις αυτές στο μέλλον, ως απάντηση στα νέα δεδομένα σχετικά με την απόδοση αυτών των μεθόδων ελέγχου. Το 2005, ο Π.Ο.Υ. και η Διεθνής Υπηρεσία Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC) κατέληξαν από κοινού στο συμπέρασμα πως υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία ότι για τον HPV τα τεστ δεσοξυριβονουκλεϊκού οξέως (DNA), που χρησιμοποιούνται ως κύρια τεστ ανίχνευσης, μπορεί να μειώσουν την επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και τη θνησιμότητα (Davies, Bogdanovic-Guillion, Grce, & Sancho-Garnier, 2007).

Ωστόσο, επί του παρόντος τα διαθέσιμα εμπορικά τεστ του HPV DNA απαιτούν τη συλλογή τραχηλικού δείγματος από έναν φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, που ειδικεύεται στην εσωτερική γυναικολογική εξέταση, την εξειδικευμένη μεταφορά του δείγματος και την επεξεργασία σε κεντρικά εργαστήρια με σύγχρονο εξοπλισμό. Τα τεστ αυτά είναι πάρα πολύ δαπανηρά για τις οικονομίες των αναπτυσσόμενων χωρών. Συνεπώς, ο Π.Ο.Υ. συνιστά μόνο τα τεστ HPV DNA ως κύρια μέθοδο ελέγχου σε συνδυασμό με την κυτταρολογική εξέταση ή άλλες μεθόδους ελέγχου για τις γυναίκες ηλικίας 30 χρόνων και άνω σε πιλοτικά έργα ή άλλες διαδικασίες που παρακολουθούνται στενά και όπου υπάρχουν επαρκείς πόροι. Υπάρχουν ωστόσο και δοκιμαστικά τεστ HPV (candidate HPV tests) που είναι λιγότερο ακριβά, είναι πιο γρήγορα, μπορούν να πραγματοποιηθούν σε περιφερειακές εγκαταστάσεις υγείας και τα οποία αξιολογούνται ως μη δαπανηρά. Τα τεστ αυτά μπορεί να

είναι κατάλληλα για μεγάλα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Ο Π.Ο.Υ. εξετάζει τις οδηγίες της σχετικά με τα τεστ του HPV μετά την επανεξέταση των ενδιάμεσων αξιολογήσεων αυτών των τεστ (Moscicki, Schiffman, Burchel, et al., 2012).

### **2.2.3 Πρόληψη και διαχείριση άλλων καρκίνων σχετιζόμενων με τον HPV**

Ο Π.Ο.Υ. δεν έχει εκδώσει κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την ενημέρωση, την πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του προκαρκίνου ή του καρκίνου του αιδοίου, του κόλπου, του πρωκτού, του πέους ή του εγκεφάλου και του λαιμού που σχετίζεται με λοίμωξη από τον ιό HPV. Η μείωση του αριθμού των ερωτικών συντρόφων, η αποφυγή ερωτικής συνεύρεσης με πολλούς εραστές και η χρήση προφυλακτικών είναι δράσεις που μειώνουν τον κίνδυνο έκθεσης στον ιό HPV του ανώτερου γεννητικού συστήματος οργάνων και του στοματοφάρυγγα. Ο έλεγχος για τον HPV, που σχετίζεται με καρκίνους του κόλπου, του αιδοίου, του πέους, του πρωκτού και του στοματοφάρυγγα δεν γίνεται στο πλαίσιο των προγραμμάτων της δημόσιας υγείας, αν και τα άτομα υψηλού κινδύνου μπορεί να ελεγχθούν επιλεκτικά με τη χρήση δειγμάτων κυτταρολογίας από αυτές τις περιοχές. Οι θεραπείες για αυτούς τους καρκίνους περιλαμβάνουν χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές έχουν την τάση να είναι πολύπλοκες, δαπανηρές, εξουθενωτικές και δεν είναι ευρέως διαθέσιμες στις αναπτυσσόμενες χώρες με ανεπαρκή προϋπολογισμό για τον δημοσιονομικό τους τομέα (Foster, et al., 2008).

### **2.2.4 Πρόληψη και διαχείριση των κονδυλωμάτων**

Ο Π.Ο.Υ. συνιστά ότι η πρωτογενής πρόληψη των κονδυλωμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκπαίδευση, την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση και άλλες τοπικές κατάλληλες στρατηγικές για τη μείωση της υψηλού κινδύνου σεξουαλικής συμπεριφοράς και την προώθηση της χρήσης προφυλακτικού. Δεν υπάρχουν εξετάσεις προσυμπτωματικού

ελέγχου για τα κονδυλώματα του ανώτερου γεννητικού συστήματος. Αντίθετα, για τα εξωτερικά κονδυλώματα γίνεται διάγνωση με προσεκτική φυσική εξέταση (τα κολπικά και τραχηλικά κονδυλώματα μπορεί να απεικονιστούν σε μια γυναικολογική εξέταση με κάτοπτρο) (Davies, Bogdanovic-Guillion, Gree, & Sancho-Garnier, 2007).

Οι άνθρωποι με κονδυλώματα των γεννητικών οργάνων, τα οποία βρίσκουν επώδυνα, αποφρακτικά, αντιαισθητικά, ή που αισθάνονται ντροπή για αυτά γενικότερα αναζητούν θεραπεία. Μερικά κονδυλώματα ωστόσο υποχωρούν από μόνα τους με τη πάροδο του χρόνου (απαιτούνται όμως αρκετοί μήνες) και αλλά κονδυλώματα δημιουργούνται εκ νέου παρά τη θεραπεία και μπορεί να απαιτούν πολλαπλές αγωγές στη διάρκεια της ζωής ενός ασθενούς. Τα μεγάλα ή εκτεταμένα κονδυλώματα μπορεί να εμποδίσουν τον κόλπο, την ουρήθρα ή τον πρωκτό και μπορεί να προκαλέσουν αποφρακτικές επιπλοκές στην εγκυμοσύνη (Bosch, et al., 2013). Μπορεί επίσης να χρειαστεί και ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Η έγκαιρη θεραπεία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτών των προβλημάτων. Αν και εκπαιδευμένο προσωπικό, εξοπλισμός ή φάρμακα για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων είναι ευρέως διαθέσιμα στις βιομηχανικές χώρες, η θεραπεία μπορεί να είναι επαχθής για τους παρόχους, τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας και να απαιτούν πόρους που διατίθενται για άλλες υγειονομικές παρεμβάσεις. Σε πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, υπάρχει μόνο περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαιδευμένο προσωπικό, φάρμακα και εξοπλισμό για τη θεραπεία των κονδυλωμάτων (Winer et al., 2003).

### **2.2.5 Πρόληψη και διαχείριση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

Η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στην Ευρώπη είναι πολύ υψηλή. Πρόκειται για το δεύτερο πιο συχνά εμφανιζόμενο καρκίνο σε νεαρές γυναίκες, ηλικίας 15–44 ετών, και επιφέρει σημαντική ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση στους ασθενείς και τα συστήματα υγείας. Οι προληπτικές εξετάσεις μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση των περιπτώσεων αυτής της μορφής καρκίνου. Η εξέταση του κολποτραχηλικού εκκρίματος με τεστ Παπανικολάου όμως δεν μπορεί να ανιχνεύσει τον HPV ούτε να προστατεύσει από τη λοίμωξη από αυτόν. Όσον αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, ούτε το τεστ Παπανικολάου είναι τέλειο ούτε η αποτελεσματικότητα των προληπτικών προγραμμάτων είναι ιδανική λόγω γραφειοκρατικών και άλλων προβλημάτων (Hagensee, et al. 2004).

Έτσι, προκειμένου να μειωθεί ουσιαστικά η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, πρέπει να εφαρμοστούν νέες πρακτικές πρωτογενούς πλέον πρόληψης, όπως είναι για παράδειγμα η ενημέρωση του γυναικείου πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, διεθνώς γίνεται προσπάθεια εφαρμογής στην καθημερινή κλινική πράξη των σύγχρονων γνώσεων από τα μοριακά δεδομένα της καρκινογένεσης στον τράχηλο της μήτρας, με στόχο πάντα την αποτελεσματικότερη προληπτική ιατρική παρέμβαση στον τομέα αυτόν (Moscicki & et al., 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των πιο πρόσφατων εγχώριων ερευνών για το θέμα αυτό ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζεται στην πλειοψηφία του ως δεκτικός στον εμβολιασμό (Αλεβιζόπουλος & Βασιλαματζής, 2008; Γκεσούλη- Βολτυράκη, et al., 2009). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αντίστοιχα των διεθνών μελετών, απ' όπου προκύπτει ότι ακόμη και όταν οι γυναίκες έχουν λιγοστές γνώσεις για τον ιό και τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι πρόθυμες να συμμετάσχουν σε προγράμματα εμβολιασμού έναντι του HPV (Constantine & Jerman, 2007; Giles & Garland, 2006; Moscicki, 2008).

Ο λόγος που πολλές φορές ο γυναικείος πληθυσμός αρνείται να εμβολιαστεί πηγάζει από το φόβο των ανεπιθύμητων ενεργειών, την ανεπαρκή ενημέρωση, αλλά και την αμφιβολία ως προς την αιτιολογία. Ωστόσο, υπάρχει διάθεση από τις γυναίκες για συνεργασία με τις υγειονομικές αρχές. Ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζεται, μέσα από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια, δεκτικός απέναντι στον εμβολιασμό και στην ενημέρωση τόσο για το εμβόλιο κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όσο και για τις επιπτώσεις που έχει ο ιός του HPV στη ζωή του ανθρώπου (Zimet, 2005). Ωστόσο, απαιτείται διεξοδική ενημέρωση των γυναικών, καθώς η συμμετοχή τους στα προγράμματα εμβολιασμού θα οδηγήσει τελικά στη μείωση του επιπολασμού της μόλυνσης από τον ιό HPV και στον περιορισμό/καταστολή της νόσου. Η ενημέρωση πρέπει να αφορά το σύνολο των γυναικών, δηλαδή γυναίκες κάθε κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και ηλικίας, με έμφαση όμως στις γυναίκες νεαρότερης ηλικίας και ιδιαίτερα τις γυναίκες που περνούν από το στάδιο της εφηβείας στην ενηλικίωσή τους (Davies, Bogdanovic-Guillion, Grce, & Sancho-Garnier, 2007; Kuehn, 2011).

### **3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ενημέρωσης των φοιτητριών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για το εμβόλιο κατά του HPV και για την πληθυσμιακή κάλυψη στον αυτό πληθυσμό. Για το σκοπό αυτό διατυπώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- Υπάρχει στις μέρες μας επαρκής ενημέρωση και πρόληψη για τον ιό των ανθρώπινων θηλωμάτων;
- Στην χώρα μας η ενημέρωση για το εμβόλιο κατά του HPV με ποιο τρόπο και σε ποιο βαθμό γίνεται;
- Ποιες μέθοδοι χρησιμοποιούνται σήμερα για την κάλυψη του γυναικείου πληθυσμού και σε ποιο βαθμό αυτές επιτυγχάνουν;

#### **3.2Διαδικασία, εργαλείο και δείγμα της έρευνας**

Στην παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε η ποσοτική προσέγγιση. Η ποσοτική προσέγγιση αφορούσε τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων μέσω της μεθόδου της δημοσκοπικής έρευνας, επιλέγοντας ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο (Gill & Johnson, 2002). Οι επιλογές της ποσοτικής έρευνας είναι προκαθορισμένες και σε αυτές εμπλέκεται ένας μεγάλος αριθμός ερωτηθέντων. Εξ ορισμού, η μέτρηση πρέπει να είναι αντικειμενική, ποσοτική και στατιστικά έγκυρη (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2005). Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις που αναφέρονταν στις γνώσεις των γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, το test Παπανικολάου, τον ιό HPV, καθώς και τη στάση τους απέναντι στον εμβολιασμό των ιδίων. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί τροποποιημένη εκδοχή ερωτηματολογίου που έχει χρησιμοποιηθεί και στο πρόγραμμα υγείας «Λυσιστράτη» και σε άλλες έρευνες (Χαραμή και συν.,2014).

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε δείγμα φοιτητριών της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης του ΤΕΙ Λάρισας και ως στόχο είχε τον εντοπισμό και την αξιολόγηση της



ενημέρωσης που γίνεται σε αυτές για το εμβόλιο κατά του ιού καθώς και του τρόπου και των μεθόδων κάλυψης του πληθυσμού αυτού. Για να διασφαλιστεί η ηθική ενημέρωση του δείγματος, πριν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, στάλθηκε επιστολή μαζί με το ερωτηματολόγιο, που ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας και για το ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων θα είναι ανώνυμες και δε θα κοινοποιηθούν σε τρίτα μέρη, αλλά θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν σχετικά με το ότι οι απαντήσεις δε θα αλλαχθούν ώστε να εξυπηρετήσουν προσωπικούς ή άλλους σκοπούς και ότι μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα όποτε το επιθυμούν. Κάθε γυναίκα έδωσε εγγράφως τη συγκατάθεσή της για τη συμμετοχή της στην έρευνα και συμπλήρωσε ανώνυμα το ερωτηματολόγιο, παρουσία της ερευνήτριας.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στο εαρινό εξάμηνο του συνόλου των ετών του νοσηλευτικού τμήματος της σχολής επιστημών υγείας του ΤΕΙ Λάρισας. Από το σύνολο των εγγεγραμμένων φοιτητών, παρόντες κατά τις ημέρες διανομής του ερωτηματολογίου ήταν οι 150 και τα ερωτηματολόγια συμπλήρωσαν 111 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 74%).

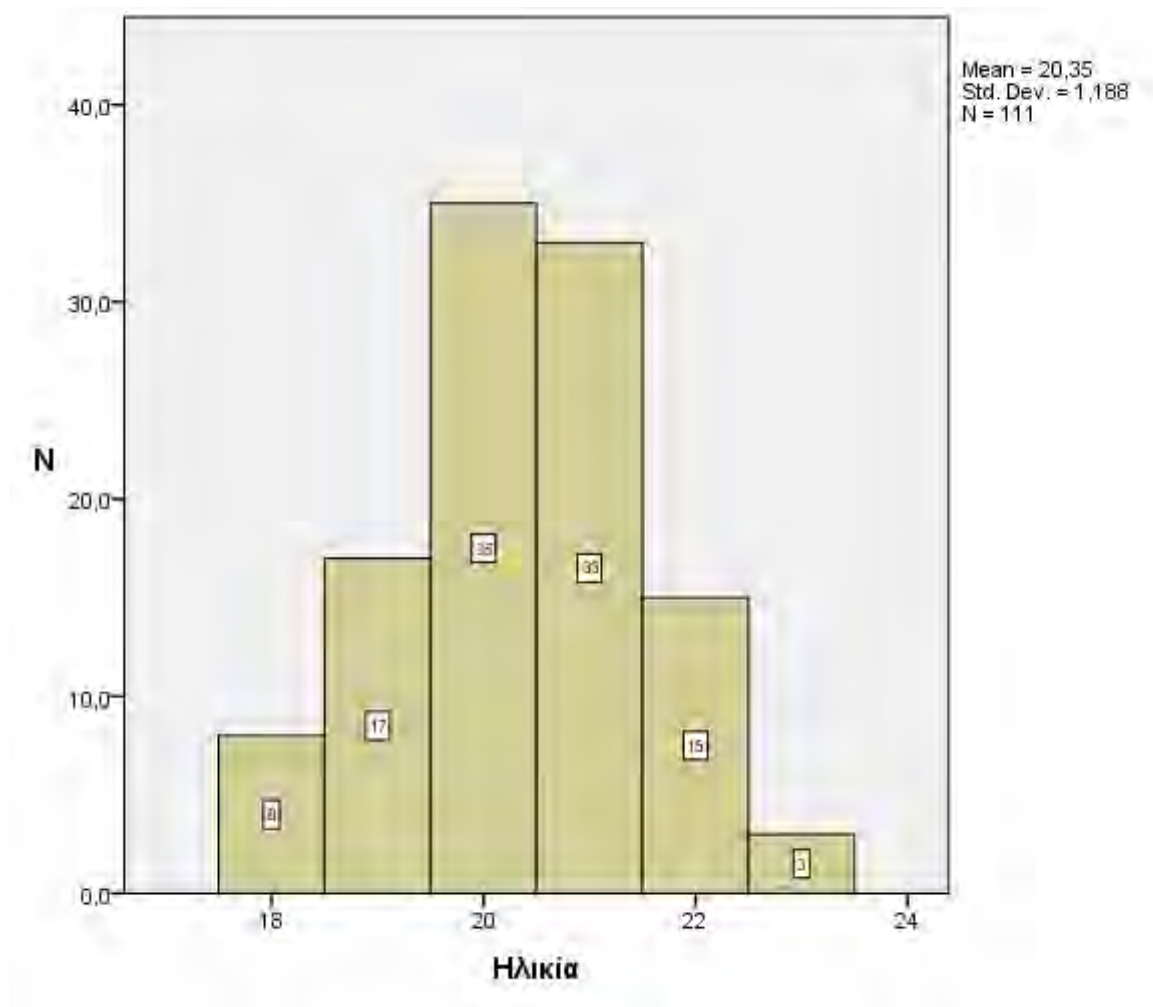
### **3.3 Στατιστική ανάλυση**

Τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε πρόγραμμα H/Y (SPSS 22.0). Η περιγραφή των δεδομένων γίνεται με τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση προκειμένου για ποσοτικές μεταβλητές και με τη συχνότητα N και την % αναλογία για τις ποιοτικές μεταβλητές. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ο έλεγχος  $\chi^2$ , κατάλληλος για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος. Η χρήση του έγινε για σύγκριση αναλογιών (με τη διόρθωση συνεχείας προκειμένου για τετράπτυχους πίνακες), αλλά και ως κριτηρίου καλής προσαρμογής. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο  $p < 0,05$ .

## 4.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

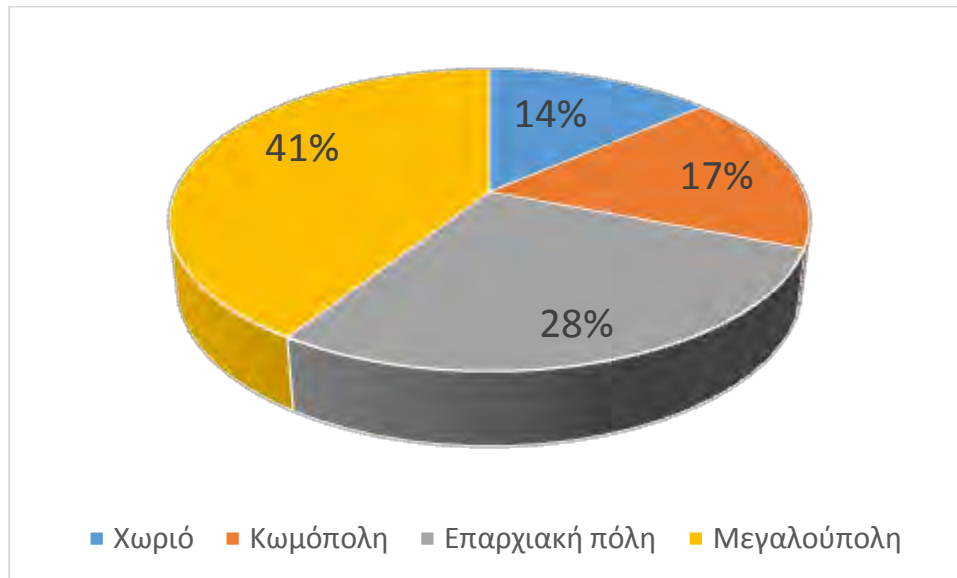
Η μέση τιμή ηλικίας του δείγματος ήταν τα  $20,35 \pm 1,18$  έτη .

**Γράφημα 1. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος**



Το 41% διέμενε σε μεγάλο αστικό κέντρο και το 28% σε επαρχιακή πόλη. Το 14% και 17% διέμεναν σε χωριό και κωμόπολη αντίστοιχα.

**Γράφημα 2. Τόπος διαμονής**



Το 41,4% είχε εμβολιαστεί έναντι του HPV. Αντισύλληψη χρησιμοποιούσε το 19%, καπνίστριες ήταν το 30% περίπου, ενώ σε ποσοστό 20% δεν είχαν πραγματοποιήσει καμία επίσκεψη σε γυναικολόγο.

**Πίνακας 1. Εμβολιασμός έναντι του HPV και άλλες συμπεριφορές πρωτογενούς πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας**

	N*	%
<b>Πραγματοποίηση εμβολιασμού έναντι HPV</b>	46	41,4
<b>Πόσες δόσεις</b>		
1 δόση	1	2,1
2 δόσεις	7	14,6
3 δόσεις	38	79,2
>3 δόσεις	2	4,2
<b>Επίσκεψη σε γυναικολόγο</b>		
Καμία	22	19,8
1 φορά	71	63,9
2-3 φορές	12	10,8
>3 φορές	1	0,9
<b>Πήρατε αντισυλληπτικό χάπι;</b>	21	18,9
<b>Για πόσο χρονικό διάστημα</b>		
<1 χρόνο	12	57,1
1-5 χρόνια	7	33,3
<b>Καπνίζετε;</b>	33	29,7
<b>Πόσο χρονικό διάστημα</b>		
<1 χρόνο	9	27,3
1-5 χρόνια	22	66,7
5-10 χρόνια	2	6,1
<b>Πόσα τσιγάρα την ημέρα</b>		
<10	22	66,7
10-20	12	36,3
20-40	1	3,0
*Αναφέρονται μόνον οι καταφατικές απαντήσεις		

Το τεστ Παπ ως εξέταση το γνώριζε το 99%, αν και 3 άτομα δε γνώριζαν το λόγο πραγματοποίησής του. Σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 10% έως 23% δε γνώριζαν ποιον καρκίνο προλαμβάνει, καθώς αναφέρονταν και άλλοι γυναικολογικοί καρκίνοι πλην του τραχήλου.

## Πίνακας 2. Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου του τραχήλου της μήτρας

	N*	%
Γνώση του τεστ ΠΑΠ	110	99,0
Γιατί πρέπει να κάνουμε τεστ ΠΑΠ:	108	97,2
<b>Αιτιολογία για το ΠΑΠ</b>		
Για να προλάβει τον Καρκίνο	24	21,6
Για να προλάβει τον καρκίνο στα Γ.Ο	56	50,4
Για να προλάβει τον καρκίνο στο Αιδοίο	10	9,0
Για να προλάβει τον καρκίνο στον τράχηλο της Μήτρας	43	38,7
Για να προλάβει τον καρκίνο στο Ενδομήτριο	26	23,4
Για να προλάβει τον καρκίνο στις Σάλπιγγες	18	16,2
Για να προλάβει τον καρκίνο στις Ωοθήκες	17	15,3
Για να προλάβει τον καρκίνο στους Μαστούς	3	2,7
* Αναφέρονται μόνον οι καταφατικές απαντήσεις		

Το 52,2% είχε πραγματοποιήσει τεστ Παπ, με την αμέλεια, αλλά και την απουσία συμπτωμάτων να αναφέρονται ως οι κυριότεροι λόγοι μη πραγματοποίησης του. Τακτικά το τεστ γίνεται από το 14,1% του δείγματος.

**Πίνακας 3. Συχνότητα πραγματοποίησης του τεστ Παπ και ανεύρεσης παθολογίας**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Κάνατε τεστ ΠΑΠ</b>	58	52,2
<b>Αν όχι γιατί</b>		
Δεν ενημερωθήκατε	4	9,5
Από αμέλεια	15	35,7
Ντρέπεστε	3	7,1
Δεν νιώθετε ασφάλεια	1	2,4
Δεν έχετε χρόνο	2	4,8
Δεν είχατε κανένα σύμπτωμα	14	33,3
Δεν έχετε εύκολη πρόσβαση	2	4,8
Έχετε ποιο σοβαρά προβλήματα	1	2,4
<b>Αν ναι πόσο συχνά</b>		
Μια φορά	31	54,4
2-3 φορές	18	31,6
Τακτικά (κάθε χρόνο πάνω από 5 χρόνια)	8	14,1
<b>Πότε ήταν η τελευταία φορά;</b>		
Μέσα στο χρόνο	48	75,0
1-3 χρόνια πριν	16	25,0
<b>Είχατε ή όχι παθολογικό Τεστ ΠΑΠ;</b>	18	16,2
<b>Είχε ποτέ γνωστή σας παθολογικό Τεστ ΠΑΠ</b>	25	22,5

Η οικογένεια, οι φίλοι και ο ιατρός ήταν οι κυριότερες πηγές ενημέρωσης για το τεστ Παπ.

**Πίνακας 4. Ενημέρωση για τεστ Παπ και καρκίνο του τραχήλου μήτρας**

	N	%
<b>Πηγές ενημέρωσης για το τεστ ΠΑΠ</b>		
Από την οικογένεια	51	45,9
Από φίλους – γνωστούς	24	21,6
Από τον γιατρό σας	41	36,9
Από την τηλεόραση	11	9,9
Από τον τύπο	7	6,3
Από το Internet	24	21,6
Άλλο	20	18,0
<b>Πηγές ενημέρωσης για τον καρκίνο στον τράχηλο</b>		
Από την οικογένεια	42	37,8
Από φίλους – γνωστούς	12	10,8
Από τον γιατρό σας	49	44,1
Από την τηλεόραση	11	9,9
Από τον τύπο	6	5,4
Από το Internet	22	19,8
Άλλο	20	18,0

Σε ποσοστά που κυμαίνονταν από 10-20% οι φοιτήτριες δε γνώριζαν την ακριβή αιτιολογία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ το 27% πίστευε ότι η πρόληψη σε μικρό μόνο ποσοστό είναι δυνατή. Ωστόσο, θεωρούν ότι είναι συχνός καρκίνος με σημαντικά ποσοστά ίασης.

**Πίνακας 5. Γνώση αιτιολογίας καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της συχνότητάς του και των δυνατοτήτων πρόληψης**

	N	%
<b>Αιτία Καρκίνου Τραχήλου Μήτρας</b>		
Ηλικία	20	18,0
Διατροφή	11	9,9
Σεξουαλική δραστηριότητα	65	58,5
Υγιεινή	13	11,7
Μόλυνση από μικρόβια	20	18,0
Μόλυνση από Ιό	33	29,7
Μόλυνση ατμόσφαιρας	13	11,7
Δεν ξέρω	11	9,69
<b>Δυνατότητα πρόληψης του Καρκίνου του Τραχήλου</b>		
Όχι	1	0,9
Ναι μικρό ποσοστό	30	27,0
Ναι μεγάλο ποσοστό	72	64,8
Δεν ξέρω	7	6,3
<b>Τρόποι πρόληψης του Καρκίνου Του Τραχήλου</b>		
Υγιεινή διατροφή	11	9,9
Αποφυγή καπνίσματος	11	9,9
Συντηρητικές σεξουαλικές σχέσεις	39	35,1
Τεστ ΠΑΠ	69	62,1
Συχνές εξετάσεις	65	58,5
Φάρμακα και βιταμίνες	7	6,3
Δεν ξέρω	3	2,7
Άλλο	8	7,2
<b>Θεραπεύεται ο Καρκίνος Τραχήλου</b>		
Όχι	2	1,8
Ναι μικρό ποσοστό	43	38,7
Ναι μεγάλο ποσοστό	45	40,5
Δεν ξέρω	21	18,9
<b>Γνώση συχνότητας του Καρκίνου Τραχήλου</b>		
Πολύ συχνός	28	25,2
Συχνός	74	66,6



Σπάνιος	6	5,4
Πολύ σπάνιος	2	1,8
<b>Θάνατος Γυναικών Την Ημέρα Από Καρκίνο Τραχήλου Στην Ευρώπη</b>		
Καμία	3	2,7
1	11	9,9
10	35	31,5
50	27	24,3
100	20	18,0
300	7	6,3
>300	2	1,8

Το 83% περίπου γνώριζε για τον HPV, με το 45% να έχει ενημερωθεί από τον γιατρό του και το 26% από την οικογένεια και μόνο 13,5% από την τηλεόραση. Ως προς τους τρόπους μετάδοσης, το 12,7% δε γνώριζε ότι μεταδίδεται από τον ερωτικό σύντροφο και το 18% δήλωσε ότι δεν ήξερε την δυνητική εξέλιξη της μόλυνσης.

**Πίνακας 6. Γνώση του HPV και των τρόπων μετάδοσής του.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Τι είναι ο Ιός θηλωμάτων (HPV)</b>	92	82,8
<b>Πηγές ενημέρωσης Για Τον (HPV)</b>		
Οικογένεια	29	26,1
Φίλοι – Γνωστοί	12	10,8
Γιατρός	50	45,0
Τηλεόραση	15	13,5
Από τον Τύπο	9	8,1
Από το Internet	29	26,1
<b>Τρόποι μετάδοσης του HPV</b>		
Ερωτικό σύντροφο	97	87,3
Ζώα	2	1,8
Τουαλέτα	6	5,4
Είναι Οργανικό	2	1,8
Κληρονομικό	6	5,4
Δεν ξέρω	6	5,4
<b>Εξέλιξη μόλυνσης από τον HPV</b>		
Σε καρκίνο τράχηλου	13	11,7
Μερικές φορές σε καρκίνο τράχηλου	74	66,6
Υποχωρεί αυτομάτως	1	0,9
Δεν ξέρω	20	18,0

Το HPV test το γνώριζε το 60% , με τον ιατρό να είναι η κυριότερη πηγή ενημέρωσης.

#### **Πίνακας 7. Γνώση του HPV-τεστ και του αντίστοιχου εμβολίου**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Τι είναι το HPV- Τεστ</b>	67	60,3
<b>Έχετε κάνει ποτέ HPV - Τεστ</b>	8	7,2
<b>Έχετε κάποια γνωστή που έκανε Το HPV - Τεστ</b>	29	26,1
<b>Γνωρίζετε ότι υπάρχει εμβόλιο εναντίον του HPV</b>	66	59,4
<b>Από Που Ενημερωθήκατε Για Το Εμβόλιο Εναντίον Του HPV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Οικογένεια	17	15,3
Φίλοι – Γνωστοί	7	6,3
Γιατρός	41	36,9
Τηλεόραση	13	11,7
Από τον Τύπο	6	5,4
Από το Internet	19	17,1
Άλλο	11	9,9

Η δεκτικότητα απέναντι στο εμβόλιο ανέρχεται στο 68%, με τη δυσπιστία, το φόβο και την απουσία ενημέρωσης σε ποσοστά από 10-16% να είναι οι λόγοι άρνησης εμβολιασμού. Αντίστοιχα αναφέρονται και για την πρόληψη του καρκίνου, ενώ προστίθεται και η δυσπιστία για την αιτιολογία της νόσου.

**Πίνακας 7. Στάσεις απέναντι στον HPV-εμβολιασμό.**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Θα κάνατε εμβόλιο για προφύλαξη από μόλυνση με HPV</b>	76	68,4
<b>Αν Όχι Είναι Επειδή:</b>		
Δεν έχετε ενημερωθεί	18	15,8
Φοβάστε τις παρενέργειες	19	16,7
Δεν πιστεύετε ότι θα σας προφυλάξει από τον HPV	12	10,5
<b>Θα κάνατε εμβόλιο για να προφυλαχτείτε από τον καρκίνο του τράχηλου</b>	85	76,5
<b>Αν Όχι Είναι Επειδή:</b>		
Δεν έχετε ενημερωθεί	9	7,9
Φοβάστε τις παρενέργειες	19	16,7
Δεν πιστεύετε ότι ο καρκίνος του τραχήλου οφείλεται στον HPV	3	2,6
Δεν πιστεύετε ότι το εμβόλιο θα σας προφυλάξει από τον HPV	9	7,9

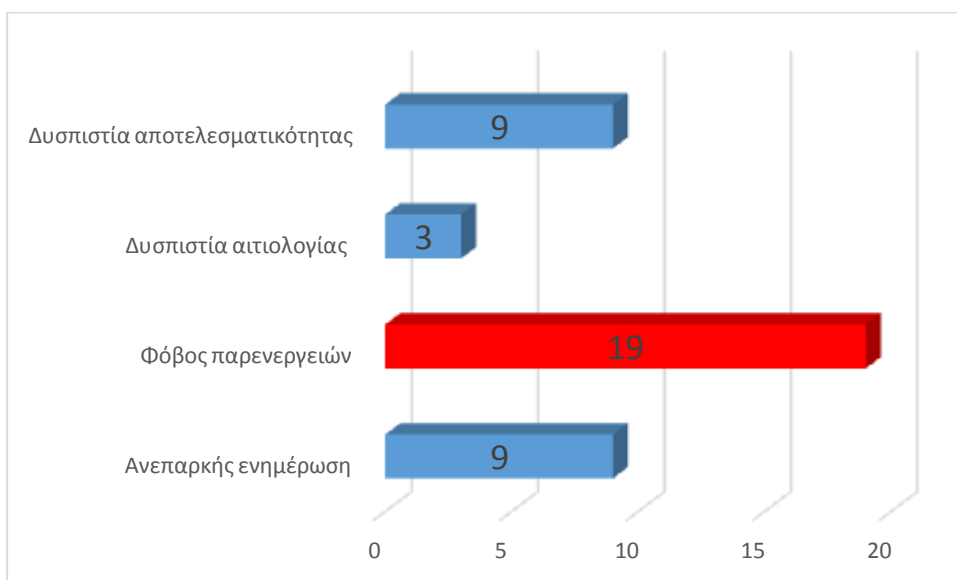
Οι φοιτήτριες του δείγματος θεωρούν ότι όλοι οι γυναικολόγοι είναι επαρκώς ενήμεροι σε ποσοστό 34%, ενώ υποστηρίζουν ότι οι έφηβοι πρέπει να ενημερώνονται για τη σχέση του ιού με τον καρκίνο. Παράλληλα διατείνονται ότι το υψηλό κόστος ( σε περίπτωση ιδιωτικής προμήθειας είναι ανασταλτικός παράγοντας του εμβολιασμού σε ποσοστό 63%.

**Πίνακας 8. Άποψη για ενημέρωση γυναικολόγων και εφήβων καθώς και για το κόστος του εμβολίου.**

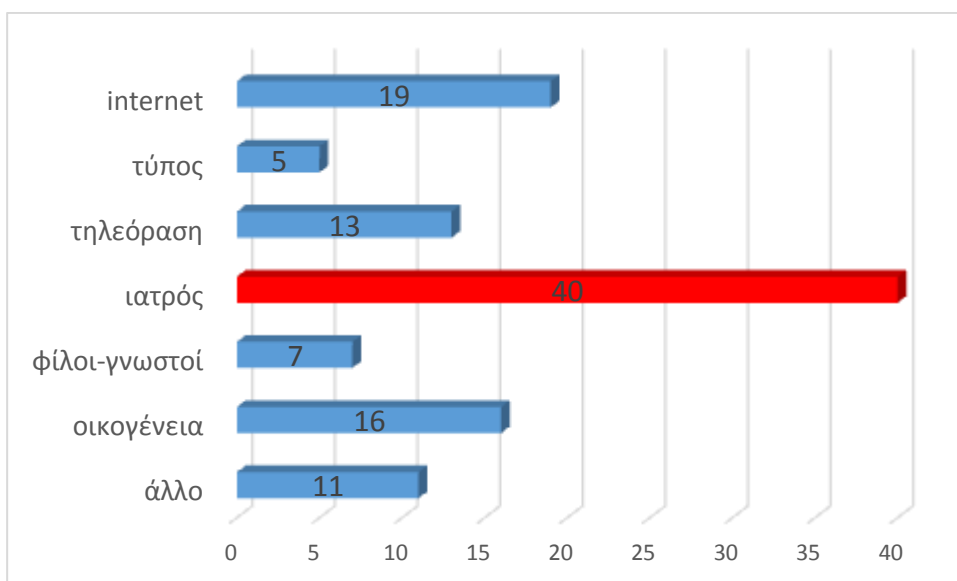
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Η συσχέτιση HPV με σεξουαλικές σχέσεις – καρκίνο ως αντικείμενο ενημέρωσης νεαρών κοριτσιών και αγοριών</b>	103	92,7
<b>Οι Γυναικολόγοι είναι ενήμεροι για τον HPV</b>	38	34,2
<b>Αν το εμβόλιο καρκίνου του τράχηλου δεν ήταν δωρεάν θα επιλέγατε ιδιωτικά να το προμηθευτείτε;</b>	56	50,4
<b>Το υψηλό κόστος του εμβολίου αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα</b>	70	63,0

Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζεται εμφατικά ότι ο κυριότερος λόγος αποφυγής του εμβολιασμού είναι ο φόβος παρενεργειών, ενώ η κυριότερη πηγή ενημέρωσης είναι ο ιατρός.

**Γράφημα 3. Λόγοι άρνησης εμβολιασμού για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας**

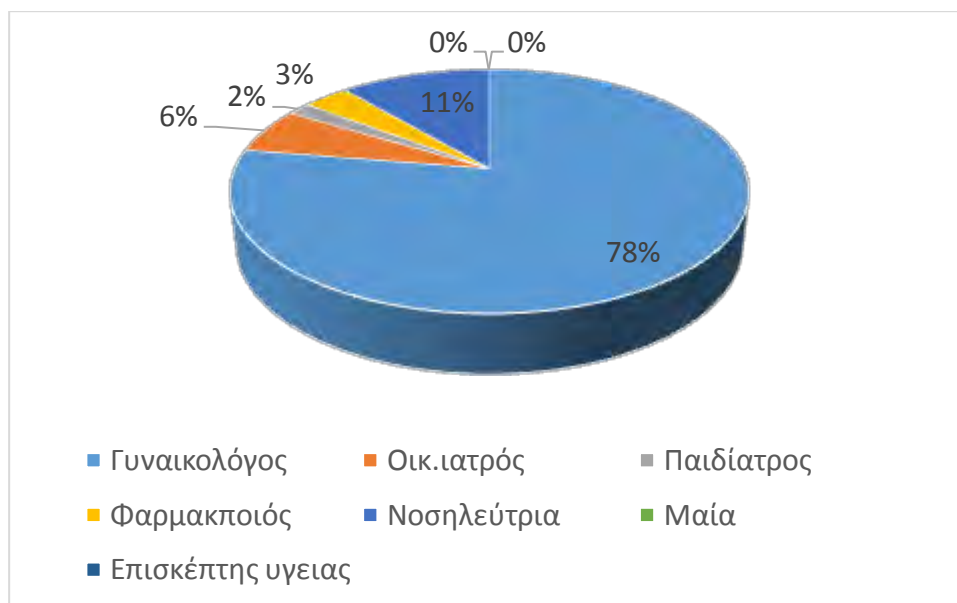


**Γράφημα 4. Πηγές ενημέρωσης για το εμβόλιο έναντι του HPV**



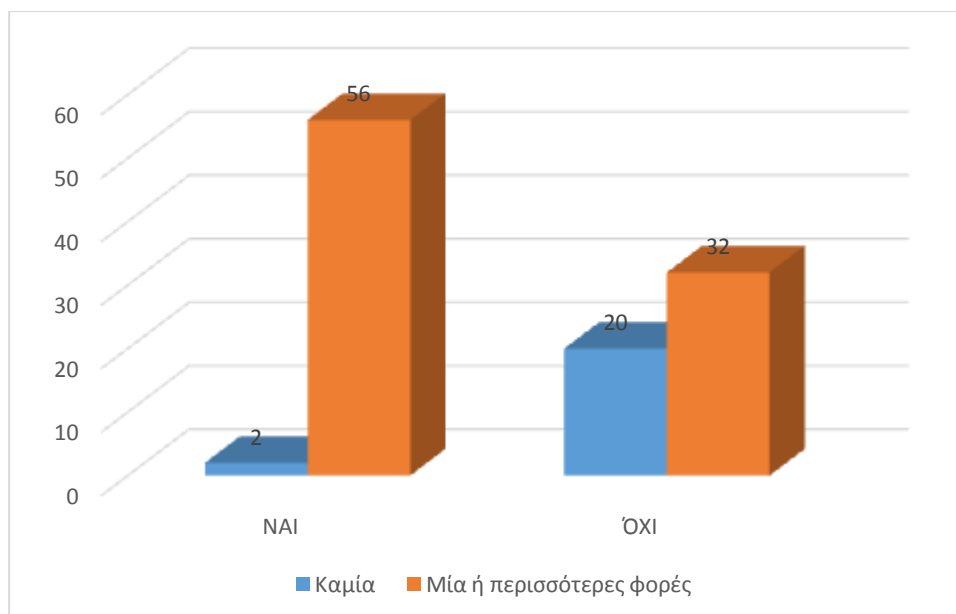
Ο γυναικολόγος είναι ο προτιμητέος υγειονομικός για την πραγματοποίηση του εμβολιασμού και έπεται η νοσηλεύτρια σε ποσοστό 78% και 11% αντίστοιχα.

**Γράφημα 5. Προτίμηση ιατρού για πραγματοποίηση του εμβολίου.**



Όσες γυναίκες έχουν επισκεφτεί το γυναικολόγο δεν έχουν πραγματοποιήσει στην μεγάλη τους πλειονότητα (91%) το τεστ Παπ, ενώ το 64% όσων έχουν επισκεφτεί γυναικολόγο, έστω και μία φορά στη ζωή τους το έχουν κάνει, διαφορά λίαν στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ).

**Γράφημα 6. Επίσκεψη στο γυναικολόγο και πραγματοποίηση του Παπ τεστ**



## 5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε τις γνώσεις και στάσεις των φοιτητών νοσηλευτικής απέναντι στην πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν, ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας είναι ενήμερη σε γενικές γραμμές για την αιτιολογία και τις δυνατότητες πρόληψης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ωστόσο και η εφαρμογή αυτών των διαγνωστικών μεθόδων στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας είναι πλημμελής, αλλά και οι γνώσεις τους είναι ελλιπείς και αποσπασματικές. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με εκείνα διεθνών και ελληνικών μελετών, που παρουσιάζουν τους επαγγελματίες υγείας γενικά να υστερούν σημαντικά στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε ό,τι αφορά τουλάχιστον τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, με την εικόνα να είναι χειρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αν και πλειονότητα των ιατρών στις ανεπτυγμένες χώρες γνωρίζουν το σκοπό του τεστ και τουλάχιστον κάποιες από τις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διενέργεια της εξέτασης, μικρό σχετικά ποσοστό έχει πραγματοποιήσει την εξέταση, όπως στο Τέξας των ΗΠΑ όπου μόνο το 50% των ιατρών έχει κάνει την εξέταση, ενώ διαπιστώθηκαν μεγάλες αποκλίσεις στην τήρηση των κατευθυντηρίων οδηγιών μεταξύ των ιατρών (Holland-Barkis et al 2006). Αναφορικά με τις αναπτυσσόμενες χώρες, ενδεικτική είναι η εικόνα που περιγράφεται σε έρευνα στη σε 144 γυναίκες επαγγελματίες υγείας στη Νιγηρία, βρέθηκε ότι το 20% δεν γνώριζε κάποιον συγκεκριμένο παράγοντα κινδύνου (Anyia et al., 2005). Στην Ελλάδα και μελέτη των Papagiannis et al (2013), βρέθηκε ότι το ποσοστό του



εμβολιασμού έναντι του HPV έφθασε το 44,3% μεταξύ των φοιτητών επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο από τον εθνικό εκτιμώμενο μέσο όρο κάλυψης του 9%, πολύ χαμηλότερο ωστόσο άλλων δυτικοευρωπαϊκών και των χωρών της Βορείου Αμερικής, όπου κυμαίνεται μεταξύ 40 και 80% (Owsianka & Gańczak 2015). Η εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ φοιτητριών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Ελλάδα κυμαίνεται γενικά μεταξύ 10 και 26% (Donadiki et al 2012). Τα ποσοστά αυτά θα πρέπει να θεωρούνται ως αναντίστοιχα με τα αναμενόμενα για μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας, ειδικά όταν συγκρίνονται με εκείνα του γενικού πληθυσμού διεθνώς.

Οι γνώσεις των γυναικών του δείγματός μας σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας ήταν ελλιπείς και αποσπασματικές, καθώς σημαντικό ποσοστό των γυναικών δεν γνώριζε για την αιτιολογική σύνδεση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τι είναι ο HPV, τους τρόπους μετάδοσής του, την εξέλιξη της λοίμωξης και την το ότι υπάρχει εμβόλιο κατά του ιού HPV. Το ήμισυ σχεδόν των γυναικών δεν έχει υποβληθεί σε test Παπανικολάου. Ωστόσο, δεν ακολουθείται ο ενδεδειγμένος τακτικός προληπτικός έλεγχος, καθώς από το σύνολο των γυναικών της παρούσας μελέτης το ένα τρίτο των γυναικών υποβαλλόταν περιστασιακά στην εξέταση. Παρόλο που το νεαρό της ηλικίας (ενδεχομένως κάποιες γυναίκες μπορεί να μην είχαν αρχίσει τη σεξουαλική τους ζωή) μπορεί να συνέβαλε σε αυτό, η πεποίθηση ότι η εξέτασης πρέπει να διεξάγεται μετά την έναρξη της σεξουαλικής ζωής δε έχει ακόμα εδραιωθεί μεταξύ των φοιτητών.

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή των γυναικών στα προγράμματα πρόληψης, φάνηκε ότι αυτοί είναι η αμέλεια, η ντροπή, η ελλιπής ενημέρωση και ο φόβος του αποτελέσματος. Η πλειονότητα των γυναικών ήταν δεκτική στον εμβολιασμό κατά του ιού HPV και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ενώ επικρατεί η άποψη ότι τα κορίτσια ή τα αγόρια τα οποία πρόκειται να εμβολιαστούν πρέπει να έχουν ενημερωθεί σχετικά με τη συσχέτιση HPV-σεξουαλικών σχέσεων και καρκίνου του τραχήλου της μήτρας και ότι η παραπάνω συσχέτιση θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο ενημέρωσης όλων των νεαρών κοριτσιών και αγοριών στο σχολείο. Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα και άλλων ανάλογων ερευνών, αφού ο φόβος των αποτελεσμάτων και ένα αίσθημα αμηχανίας φαίνεται ότι αποτελούν τους βασικούς ανασταλτικούς παράγοντες για τη την συμμετοχή των γυναικών σε προγράμματα πρόληψης (Γκεσούλη – Βολτυράκη και συν., 2010, Χαραμή και συν., 2014).

Η δεκτικότητα απέναντι στον εμβολιασμό έχει διαπιστωθεί και σε άλλες μελέτες, στην Ελλάδα και διεθνώς. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε έρευνα που διενεργήθηκε σε γυναίκες της ελληνικής περιφέρειας, η πλειοψηφία των γυναικών ήταν δεκτικές στον

εμβολιασμό τόσο για τις ίδιες όσο και για τα ανήλικα παιδιά τους (Γκεσούλη – Βολτυράκη και συν., 2010). Σε δείγμα 2.604 ενηλίκων και σε OnLine έρευνα της Wall Street Journal, OnLine's Health Industry Edition βρέθηκε ότι η πλειονότητα των γυναικών πιστεύει ότι η προτροπή προς τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες να εμβολιαστούν είναι ένας καλός τρόπος περιορισμού της εξάπλωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Οι περισσότεροι γονείς θα ήθελαν η ανήλικη κόρη τους να εμβολιαστεί, αν και μεγάλο ποσοστό δηλώνουν αναποφάσιστοι (32%) και 6% κάθετα αρνητικοί (WSJ 2007). Στην Αυστραλία βρέθηκε ότι οι γυναίκες επιθυμούν αναλυτική ενημέρωση για τον ιό και τις επιπτώσεις του στην υγεία και τη γονιμότητα, καθώς επίσης και για τις θεραπευτικές επιλογές (McCaffery & Irwig 2005), ενώ σε έρευνα στην Κίνα, το 27% των ερωτηθέντων ήταν αντίθετο στον εμβολιασμό γυναικών που δεν είχαν αρχίσει ακόμη τις σεξουαλικές τους επαφές, με την πλειονότητα να τάσσεται υπέρ του εμβολιασμού των σεξουαλικά ενεργών γυναικών, γεγονός που αφήνει ερωτηματικά για τη σωστή χρήση του εμβολίου (Kwan et al., 2009).

Το αυξημένο κόστος θεωρείται διεθνώς ανασταλτικός παράγοντας, γεγονός που συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, γεγονός που δηλώνει και τη σημασία της κρατικής συμμετοχής στην προμήθειά του, αλλά και τη σημασία εκπόνησης μαθηματικών μοντέλων που προσδιορίζουν το επιθυμητό κόστος, ώστε να επιτυγχάνεται επαρκής συμμετοχή στον εμβολιασμό (Oscarsson et al., 2008, Μπερζοβίτης 2007).

Όσον αφορά το ποσοστό των γυναικών που έχουν υποβληθεί σε test Παπανικολάου τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπολείπονται εκείνων στην εθνική έρευνα υγείας του έτους 2009 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, όπου 7 στις 10 γυναίκες, ηλικίας 15 ετών και άνω, έχουν υποβληθεί κάποια στιγμή στη ζωή τους σε test Pap, με την αναλογία ανέρχεται σε 9 στις 10 γυναίκες (89,23%) για την ηλικιακή ομάδα των 35–54 ετών (ΕΛΣΤΑΤ 2011). Ωστόσο, επισημαίνεται και πάλι ο μικρός μέσος όρος στην ηλικία του δείγματος της παρούσας μελέτης, που επηρεάζει την έναρξη, αλλά και την εξοικείωση με την ιδέα της εξέτασης.

Ο γυναικολόγος και οι συχνές επισκέψεις σε αυτόν αναδεικνύεται σε κομβικό παράγοντα ενημέρωσης και διάδοσης της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης έναντι του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, όπως προκύπτει από τις προτιμήσεις των γυναικών για τον ιατρό που θα πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό, αλλά και από το γεγονός ότι όσες επισκέπτονταν τον γυναικολόγο είχαν εντυπωσιακά υψηλότερα ποσοστά πραγματοποίησης του τεστ Παπ. Με αιχμή λοιπόν το γυναικολόγο, αλλά και ιατρούς της ΠΦΥ, κρίνεται απαραίτητη η εκστρατεία ενημέρωσης των γυναικών, καθώς και η εφαρμογή οργανωμένων προγραμμάτων αγωγής της υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να

συμβάλλουν στην περαιτέρω ευαισθητοποίηση του γυναικείου πληθυσμού, ώστε να κατανοήσει τους ενδεδειγμένους τρόπους προστασίας του τόσο κατά του ιού HPV όσο γενικότερα και κατά του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, με δεδομένο ότι μόνο το 25–30% των Ελληνίδων στις οποίες θα έπρεπε να διενεργείται test Pap υποβάλλονται σε έλεγχο και αυτό συμβαίνει μόλις μία φορά στα 2–3 έτη ([www.anticancer.gr](http://www.anticancer.gr)).

Με βάση τα παραπάνω ίσως είναι εφικτός ένα ολοκληρωμένος σχεδιασμός προληπτικής παρέμβασης σε τοπικό, αλλά και εθνικό επίπεδο. Παρόλο που η εισαγωγή ενός προγράμματος εμβολιασμού κατά του ιού HPV σε χαλεπούς οικονομικά καιρούς έχει οπωσδήποτε δημοσιονομικό κόστος, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση στη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του τραχήλου στο μέλλον, περιορίζοντας έτσι το συνολικό κόστος στη διαχείριση της νόσου (SIGN 2008). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στη Φινλανδία, η καθιέρωση μαζικών προγραμμάτων για τον έλεγχο του πληθυσμού οδήγησε στη μείωση της συχνότητας του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σε 5,5 ανά 100.000 περιπτώσεις, ενώ στη Νορβηγία, η έλλειψη προγραμματισμένου ελέγχου του πληθυσμού είχε ως αποτέλεσμα τη διατήρηση της συχνότητας της νόσου σε 15,6 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα (Χαραμή και συν., 2014). Ο εμβολιασμός δε σημαίνει και παραμέληση του τακτικού ελέγχου, αλλά οι δύο πρακτικές αλληλοσυμπληρώνονται, διαφορετικά, τα αποτελέσματα μπορεί να μην είναι τα αναμενόμενα.

Η όλη διαδικασία των προ συμπτωματικών ελέγχων θα πρέπει να εφαρμόζεται βάσει επιστημονικά τεκμηριωμένων ιατρικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, με παράλληλη πιστοποίηση των μονάδων και των υπηρεσιών. Η εφαρμογή των προληπτικών ελέγχων και η πρόωπη διάγνωση αναμένεται να οδηγήσουν σε μείωση της θνησιμότητας, αλλά και σε μείωση του κόστους αντιμετώπισης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

Στους περιορισμούς της παρούσας μελέτης πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι γυναίκες προέρχονται από ένα μόνο τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό ίδρυμα της ελληνικής επαρχίας, καθώς και το μικρό ποσοστό ανταπόκρισης κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Χρειάζονται εκτενείς μελέτες σε αντιπροσωπευτικά πανελλήνια δείγματα, ώστε να διαπιστωθεί το επίπεδο δεκτικότητας των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας και οι εν γένει στάση τους απέναντι στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας.

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

1. Anya, S.E., Oshi, D.C., Nwosu, S.O., Anya, A.E. (2005). Knowledge, attitude, and practice of female health professionals regarding cervical cancer and Pap smear. *Niger J Med.*, 14:283-6
2. Bosch, F., Broker, T., Forman, D., Moscicki, A., Gillison, M., Doorbar, J., et al. (2013). Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine*, 31 (8) , pp. 1-31.
3. Brenner, S., & Siu, K. (2009). Preventive medicine and public health residency training: federal policy and advocacy opportunities. *J. Public Health Management Practice* , pp. 33-39.
4. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM.(2013). Risks factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV) genital warts and cervical cancer. *J Infect.*66(3) : 297-17
5. Clifford, G., Goncalves, M., & Franceschi, S. (2006). Human papillomavirus types among women infected with HIV: a meta-analysis. *AIDS*, 20 (18) , pp. 2337–2344.
6. Davies, P., Bogdanovic-Guillion, A., Grce, M., & Sancho-Garnier, H. (2007). The future of cervical cancer prevention in Europe. *Coll Antropol.*, 31 , pp. 11–16.
7. De Vuyst, H., & Franceschi, S. (2007). Human papillomavirus vaccines in HIV-positive men and women. *Current Opinion in Oncology*, 19 (5) , pp. 470-475.
8. Dempsey, A., & Schaffer, S. (2011). Human papillomavirus vaccination rates and state mandates for tetanus-containing vaccines. *Prev Med.*, 52 (3-4), σσ. 268-9.

9. Donadiki EM, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López de Andrés A, Velonakis EG (2012). Human papillomavirus vaccination coverage among Greek higher education female students and predictors of vaccine uptake. *Vaccine*, 30:6967–6970.
10. Doorbar, J., Quint, W., Banks, L., & al., e. (2012). The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine*, 30 (5) , pp. 55–70.
11. Foster, T., Regan-Smith, M., Murray, C., Dysinger, W., Homa, K., Johnson, L., et al. (2008). Residency education, preventive medicine, and population health care improvement: the Dartmouth-Hitchcock leadership preventive medicine approach. *Acad Med.*, 83 (4) , pp. 390-398.
12. Garland, S., Hernandez-Avila, M., Wheeler, C., & Perez, G. (2007). Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med.*, 356 , pp. 1928-43.
13. Giles, M., & Garland, S. (2006). A study of women's knowledge regarding human papillomavirus infection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 46 , pp. 311-315.
14. Gill, J. and Johnson, P., (2002). Research Methods for Managers, 3rd, Sage Publishing, London
15. Hagensee, M. e. (2004). Human papillomavirus infection and disease in HIV-infected individuals. *The American Journal of the Medical Sciences*, 328 (1) , pp. 57–63.
16. Hariri, S., Markowitz, L., Dunne, E., & Unger, E. (2013). Population Impact of HPV Vaccines: Summary of Early Evidence. *J Adolesc Health*, 53 , pp. 679-82.
17. Holland-Barkis P, Forjuoh SN, Couchman GR, Capen C, Rascoe TG, Reis MD (2006). Primary care physicians' awareness and adherence to cervical cancer screening guidelines in Texas . *Prev Med*, 42:140-5
18. Kesic, V., Poljak, M., & Rogovskaya, S. (2012). Cervical cancer burden and prevention activities in Europe. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 21 , pp. 1423-33.
19. Kuehn, B. (2011). New HPV Vaccine indication. *JAMA.*, 305 (8) , p. 770.
20. Kwan TT, Chan KK, Yip AM, Tam KF, Cheung AN, Lo SS et al (2009) . Acceptability of human papillomavirus vaccination among Chinese women: Concerns and implications. *BJOG* 2009, 116:501–510
21. Maeshiro, R., Johnson, I., Koo, D., Parboosingh, J., Carney, J., Gesundheit, N., et al. (2010). Medical education for a healthier population: reflections on the Flexner report from a public health perspective. *Acad Med.*, 85 (2) , pp. 211-19.

22. McCaffery K, Irwig L (2005). Australian women's needs and preferences for information about human papillomavirus in cervical screening. *J Med Screen*, 12:134–141
23. Moscicki, A. (2008). HPV vaccines: Today and in the future. *J Adolesc Health*, 43 , pp. 26–40.
24. Moscicki, A., & et al (2006). Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*, 24 (Suppl. 3) , pp. 42–51.
25. Moscicki, A., Schiffman, M., Burchel, I. A., et al., e. (2012). Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine*, 30 (5) , pp. 24–33.
26. Munoz, N. e. (2004). Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *International Journal of Cancer*, 111 (2) , pp. 278–285.
27. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG (2008). “I do not need to...I do not want to... I do not give it priority...” why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expect*, 11:26–34
28. Owsianka B, Gańczak M (2015). Evaluation of human papilloma virus (HPV) vaccination strategies and vaccination coverage in adolescent girls worldwide. *Przegl Epidemiol*, 69(1):53-8
29. Papagiannis D, Rachiotis G, Symvoulakis EK, Daponte A, Grivea IN, Syrogiannopoulos GA, Hadjichristodoulou C(2013). Vaccination against human papillomavirus among 865 female students from the health professions in central Greece: a questionnaire-based cross-sectional study. *J Multidiscip Healthc.*, 6:435-9.
30. SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (2008). Management of cervical cancer. A national clinical guideline. SIGN, Edinburgh,:99
31. Stanley, M. (2006). Immune responses to human papillomavirus. *Vaccine*, 24 (1) , pp. 16–22.
32. Szarewski, A. (2012). HPV vaccination and cervical cancer. *Curr Oncol Rep*, 14 , pp. 559-67.
33. Trottier, H., & Franco, E. (2006). The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*, 24 (1) , pp. 1–15.
34. Wall Street Journal on line. <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=1080>, Ανακτήθηκε:6.5.2007
35. Winer, R., & al., e. (2006). Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*, 354 (25) , pp. 2645–2654.
36. Zimet, G. (2005). Improving adolescent health: Focus on HPV vaccine acceptance. *J*

Ελληνική

37. Αλεβιζόπουλος, Ν., & Βασιλαματζής, Μ. (2008). Η χρήση των εμβολίων στο καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας. . *Νοσोक. Χρονικά*, 70 , pp. 124-135.
38. Γκεσούλη – Βολτυράκη Ε, Καναβού Β, Υφαντής Α, Ντελή Π, Αναστασιάδης Α, Κουτρούμπα Π, Νούλα Μ (2010). Διερεύνηση των γνώσεων και των πράξεων σχετικά με το τεστ Παπανικολάου, σε γυναίκες επαγγελματίες υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(1):100-114
39. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου: Εθνική έρευνα υγείας: Έτος 2009. ΕΛ.ΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2011. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE>
40. Ζδούκος, Θ. (2008). “Σχέδιο νόμου για την ΠΦΥ: Η ολοκλήρωση της ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της περίθαλψης,” . *Ιατρικά Θέματα*, 51 , pp. 29-30.
41. Κομματάς, Δ., Παπανότη, Β., Γκολφινόπουλος, Π., & Ανδριώτη, Δ. (2008). Το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20 , p. 80–88.
42. Μπερζοβίτης Α (2007). Τα αποτελέσματα του προγράμματος «Λυσιστράτη» για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. *Ιατρικό Βήμα*, 110:46
43. Παπαναστασίου, Κ. & Παπαναστασίου, Ε. (2005). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Λευκωσία: Ιδίων
44. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Εθνικό σχέδιο δράσης για τον καρκίνο 2011–2015. Διαθέσιμο στο: [http://www.anticancer.gr/catalogue/Sxedio Drasis 24selido.pdf](http://www.anticancer.gr/catalogue/Sxedio_Drasis_24selido.pdf)
45. Χαραμή Ε, Τσιρώνη Μ, Πρεζεράκος Π, Αγοραστός Θ., Ζυγά Σ.(2014). Διερεύνηση γνώσεων γυναικών σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 31(3):342-351
46. [www.anticancer.gr](http://www.anticancer.gr), διαθέσιμο 14.9.15
47. <http://www.lysistrati-med.gr/formquestions.htm>, διαθέσιμο 10.2.15